

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1923 - 1924 — N° 147

Contribution à l'étude des formes cliniques du Cancer primitif de la Vésicule biliaire

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 7 Juillet 1924

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Albert MOUNAUD

né à GENTIOUX (Creuse) le 20 Août 1893



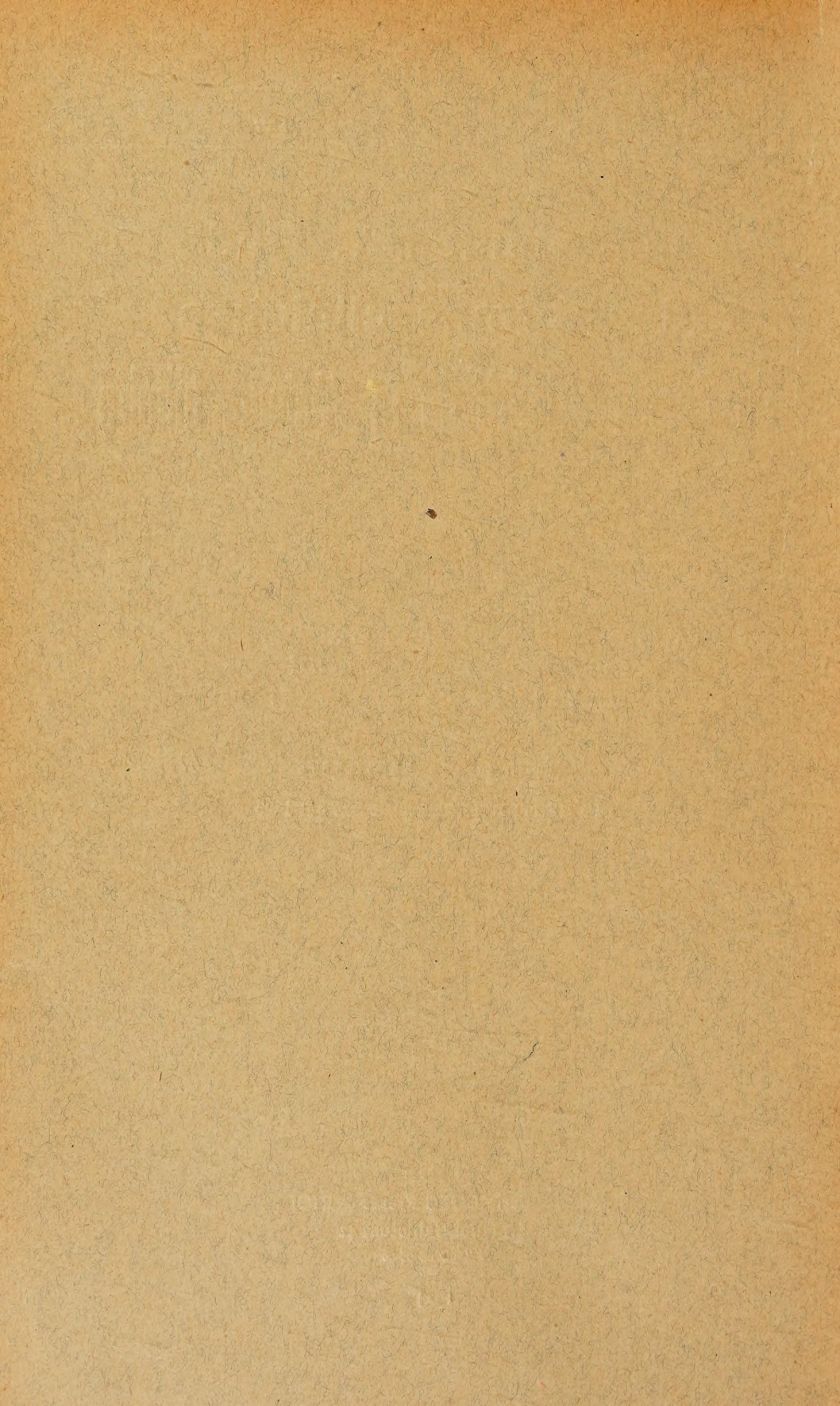
LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

—
1924



CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES FORMES CLINIQUES DU CANCER PRIMITIF
DE LA VÉSICULE BILIAIRE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1923-1924 — N° 147

Contribution à l'étude des formes cliniques du Cancer primitif de la Vésicule biliaire

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 7 Juillet 1924

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Albert MOUNAUD

né à GENTIOUX (Creuse) le 20 Août 1893



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

1924

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire..... MM. H. HUGOUNENQ.
Doyen..... J. LEPINE.
Assesseur..... ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAMZENEUVE, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, TESTUT, FLORENCE (A.), TEISSIER.



PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	MM. BARD.
Cliniques chirurgicales.....	ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	TIXIER.
Clinique ophtalmologique.....	BERARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	COMMANDEUR.
Clinique neurologique et psychiatrique.....	ROLLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes.....	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	WEILL.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	VILLARD.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	LANNOIS.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	ROCHET.
Chimie biologique et médicale.....	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie.....	CLUZET.
Matière médicale et Botanique.....	HUGOUNENQ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	MOREL.
Anatomie.....	BRETIN.
Histologie.....	GUIART.
Physiologie.....	LATARJET.
Pathologie interne.....	POLICARD.
Pathologie et Thérapeutiques générales.....	DOYON.
Anatomie pathologique.....	COLLET.
Chirurgie opératoire.....	MOURIQUAND.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....	PAVIOT.
Médecine légale.....	X
Hygiène.....	ARLOING (F.).
Thérapeutique, hydrologie et climatologie.....	Etienne MARTIN.
Pharmacologie.....	COURMONT (P.).
	PIC.
	X.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	MM. VALLAS.
— — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — Chimie minérale.....	BARRAL.
— — Urologie.....	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique.....	MM. PATEL.
Orthopédie.....	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Chirurgie expérimentale.....	LERICHE.
Stomatologie.....	TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER.	COTTE.	CORDIER (V.).	MAZEL.
THEVENOT Léon.	DUROUX.	ROUBIER.	SANTY.
GARIN.	TRILLAT.	FAYRE.	DUNET.
SAVY.	SARVONAT.	BONNET.	CHALIER (André).
FROMENT.	RHENTER. (G.).	RHENTER.	CHALIER (Joseph).
THEVENOT (Lucien)	ROCHAIX.	LEULIER.	NOEL.
PIERY.			CORDIER (Pierre).

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. PAVIOT, président ; SAVY, assesseur ;
FROMENT et ROUBIER, agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MES PARENTS

Hommage de piété filiale.

A MON ONCLE ET A MA TANTE

Hommage de reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SAVY,
Médecin des Hôpitaux.

Qu'il veuille bien trouver ici l'hommage de notre profonde reconnaissance pour les précieux enseignements dont il a bien voulu nous faire profiter dans son service.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PAVIOT,
Chevalier de la Légion d'honneur.

Qui a bien voulu nous faire le grand honneur de présider notre thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ALBERT GOYET,
Médecin des Hôpitaux.

Qui a guidé nos premiers pas hésitants dans les dédales de la clinique.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SANTY,
Chirurgien des Hôpitaux.

Dont la bienveillance à notre égard ne s'est jamais démentie.

A MES JUGES

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DES FORMES CLINIQUES DU CANCER PRIMITIF
DE LA VÉSICULE BILIAIRE

Introduction.

Le cancer de la vésicule est relativement fréquent et les études le concernant remontent déjà à un siècle environ. Cependant la symptomatologie de cette affection est si mal précisée et le diagnostic en est si aléatoire que c'est à peine si elle est décrite dans les traités de pathologie.

Durand-Fardel, un des premiers, l'a étudiée. En 1838, il présenta trois observations de cancer primitif de la vésicule biliaire à la « Société Anatomique de Paris ». Depuis, les publications se sont multipliées. En 1879, Lancereaux a tracé dans ses leçons de clinique la symptomatologie de l'affection comme on la comprenait à ce moment-là. On distinguait 2 formes cliniques principales : la forme biliaire, plus fréquente, et la forme hépatique.

A la suite de Lancereaux, tous les auteurs décrivent ces deux modalités cliniques; mais, peu à peu, une question nouvelle vint exercer leur sagacité; celle

des rapports unissant la lithiasie et le cancer. Les autopsies pratiquées montraient en effet que presque toutes les vésicules cancéreuses contenaient des calculs. La question se posait de savoir qui est le premier en date de la lithiasie ou du cancer. Tout d'abord, la plupart des auteurs pensèrent que le cancer pré-existe et que les calculs sont simplement le résultat de précipitations dues à la stagnation de la bile dans le réservoir vésiculaire.

Mais, sur ces entrefaites, le perfectionnement croissant des techniques opératoires permit aux chirurgiens d'aborder avec succès les voies biliaires. A la lumière des constatations ainsi faites par eux sur le vivant, on put saisir sur le vif la transformation néoplasique de vésicules lithiasiques et il se produisit un revirement complet des idées. Il est actuellement banal de dire que LA LITHIASIE FAIT LE LIT DU CANCER.

Ces faits cadrent d'ailleurs bien avec ce qu'on peut observer en d'autres points de l'organisme, car les cas de cancers développés sur des zones enflammées ou irritées d'une façon chronique ne se comptent plus. Pour montrer que la question est bien tranchée, nous ne pouvons mieux faire que de recourir à l'autorité de M. le Professeur Chauffard, qui écrit sur ce sujet le passage suivant extrait de son beau livre sur la Lithiasie biliaire :

« De par l'observation clinique, aussi bien que de
« par la pathogénie générale du cancer, il ne me pa-
« rait pas douteux que la cholélithiasie est le fait ini-
« tial et qu'elle précède de longtemps la cancérisa-
« tion vésiculaire, comme le démontre le plus souvent

« l'histoire des malades. Combien d'autres exemples
« nous mettent en évidence les rapports de succes-
« sion dans le temps qui associent les irritations lo-
« cales aux inflammations chroniques et aux néopla-
« sies terminales ! — L'évolution de l'ulcéro-cancer
« gastrique n'est-elle pas très analogue à celle de ces
« vieilles cholécystites calculeuses cancérisées ?

« Il n'y a donc là qu'un cas particulier d'une loi
« générale, un de ces états précancéreux qui ont été
« si bien étudiés par M. Ménétrier. »

Certes, on peut rencontrer du cancer dans des vésicules absolument indemnes de toute calculose et une de nos observations rapportée plus loin en fait foi (observation n° 12). Mais ce fait est exceptionnel et prouve simplement que l'inflammation et l'irritation chroniques de la vésicule ne sont pas les seules causes adjuvantes de la transformation cancéreuse.

En parcourant la littérature on voit que : Siebert, sur sept cas de cancer de la vésicule, trouve sept fois des calculs, Meunier, vingt-trois fois sur trente, Courvoisier quatre-vingt-onze fois sur cent, Mûner quatre-vingt-douze fois sur cent, Ames quatre-vingt-quinze fois sur cent. Nous avons dépouillé un grand nombre d'observations de vésicules cancéreuses; à peu près toujours la lithiasie était mentionnée.

La pratique de la chirurgie des voies biliaires a donc dégagé le sens de l'association cancer et lithiasie. Dans la question qui nous intéresse, son rôle ne s'est d'ailleurs pas borné là. Elle a encore montré que l'ancienne classification en : forme biliaire et forme hépatique est impuissante à englober tous les faits observés,

En effet, depuis qu'on intervient sur la vésicule biliaire, on découvre fréquemment du cancer dans des cas où l'examen clinique faisait penser à une cholécystite lithiasique simple.

Le cancer de la vésicule se présente donc, au début du moins, avec les traits d'une cholécystite.

Le diagnostic paraît, dans ces conditions, très difficile pour ne pas dire impossible, la plupart du temps. Il serait donc particulièrement intéressant de rechercher s'il existe des nuances symptomatiques capables d'annoncer la transformation néoplasique. Cette recherche pourrait sans doute être menée à bien par un chirurgien opérant beaucoup de vésicules et comparant patiemment, pendant des années, les petits signes cliniques avec les constatations opératoires.

Pour notre part, nous voulons simplement, à l'instigation de notre Maître, M. le Professeur Agrégé Savy, médecin des Hôpitaux, apporter quelques observations de cancer de la vésicule et essayer de montrer sous quelles formes principales cette affection se présente au clinicien, ainsi que les difficultés de son diagnostic. Nous avons, grâce à la bienveillance de nos maîtres, l'avantage d'apporter ONZE OBSERVATIONS INÉDITES.

Nous adopterons la classification suivante :

- 1° Cancer de la vésicule à forme de cholécystite lithiasique ;
- 2° Cancer de la vésicule à forme de tumeur vésiculaire bosselée ;
- 3° Cancer de la vésicule à forme de gros foie lisse ou marronné ;
- 4° Cancer de la vésicule à forme d'ictère chronique.

Cancer de la vésicule à forme de cholécystite lithiasique.

M. Cotte a été un des premiers à décrire cette forme clinique. Il a publié le résultat de ses études sur le cancer de la vésicule dans un article du « Journal Médical Français », d'avril 1913. Nous nous inspirons de cette publication.

Le cancer de la vésicule étant secondaire à la lithiase, il est presque toujours impossible d'établir le moindre caractère distinctif entre le moment où les troubles observés ont encore une origine purement lithiasique et celui où ils relèvent d'un processus néoplasique surajouté.

En effet, les deux affections peuvent revêtir les mêmes modalités cliniques et cela pendant une période d'autant plus longue que le cancer mettra plus longtemps à franchir les parois de la vésicule et à se manifester objectivement par une tumeur vésiculaire ou hépatique, ou par l'envahissement d'un autre organe voisin.

Si on analyse les symptômes fondamentaux par lesquels se traduit la cholécystite lithiasique, on voit qu'ils sont seulement au nombre de deux : 1° La douleur, avec ses irradiations typiques et les différents points douloureux à la pression décrits par Chauffard; 2° l'infection, révélée par la température et l'atteinte de l'état général. Dans les formes frustes, il existe même simplement des troubles digestifs, dont le type le plus fréquent est la dyspepsie douloureuse.

La question qui se pose est de savoir si le néoplasme, encore enfermé dans la vésicule, donne lieu à des symptômes différents et permettant de le caractériser à coup sûr ou, tout au moins, avec assez de probabilité. Dans l'état actuel de nos connaissances, nous pouvons malheureusement répondre que non. En effet, le cancer vésiculaire donne simplement lieu, comme la lithiasie, à de la douleur et à de l'infection. La symptomatologie de ces deux affections est donc la même; aussi leur association peut modifier le tableau clinique uniquement en l'aggravant, mais non en le transformant dans son essence. D'ailleurs, en ce qui concerne cette aggravation des symptômes due à la superposition du néoplasme, il s'agit de nuances très difficiles à interpréter, car la douleur et l'infection peuvent varier considérablement d'intensité au cours de la lithiasie non compliquée de cancer.

Presque toujours, le diagnostic est dans ce cas le résultat d'une constatation opératoire. On intervient croyant avoir à faire à une cholécystite lithiasique et on trouve une vésicule déjà cancérisée. Parfois même, le processus néoplasique a gagné le foie et on

n'a même pas la ressource de retarder son évolution par une cholécystectomie. Ce cas s'est produit pour deux malades dont nous apportons plus loin les observations (observations 2 et 3). On avait porté le diagnostic de cholécystite suppurée simple, alors que la vésicule était cancérisée, et le foie envahi secondairement.

Au début, il n'existe donc, ou plutôt, nous ne connaissons aucun signe capable de permettre le diagnostic. Seuls : l'âge du malade, le retour des crises chez un lithiasique ayant retrouvé depuis longtemps une santé parfaite, ou l'apparition à un âge avancé des premières coliques peuvent faire suspecter l'existence d'un cancer de la vésicule.

Il semble également que dans l'intervalle des crises, les malades ne jouissent pas d'une santé aussi bonne que dans les cas de cholécystite calculeuse. Les douleurs sont plus vives, l'amaigrissement plus rapide, la perte des forces bien plus marquée. Ces malades se sentant plus sérieusement touchés que s'ils étaient des lithiasiques simples s'inquiètent de leur état et acceptent plus facilement l'intervention chirurgicale.

M. le Professeur Chauffard insiste beaucoup sur ce fait que la vésicule cancérisée est tout le temps douloureuse plus ou moins, avec des paroxysmes et des rémissions; mais la douleur spontanée ne s'abolit jamais complètement et la pression localisée l'exaspère ou la réveille. Par contre, les cholécystites chroniques bien soignées peuvent passer par des phases d'accalmie à peu près complètes. Pendant ces périodes

des de rémission, les malades remangent, reprennent des forces et leur poids augmente, signe excellent que l'on peut voir se reproduire à plusieurs reprises au cours de la lente évolution de la maladie. Dans le cancer, la continuité des douleurs et des troubles digestifs a pour conséquence une progression ininterrompue des accidents; les malades ne cessent de maigrir, à moins que leur perte réelle de poids ne soit masquée par de l'ascite ou des œdèmes. Ils s'affaiblissent de plus en plus et aucune médication ne peut amener une amélioration passagère.

On voit donc que le diagnostic peut seulement être résolu par une observation prolongée des malades; mais malheureusement, au moment où l'évolution des signes généraux et fonctionnels permet de connaître la nature véritable de la maladie, la tumeur a généralement franchi les limites de la vésicule et donne à la palpation des signes nets, soit de tumeur vésiculaire, soit de tumeur hépatique, à moins qu'elle n'ait envahi les voies biliaires; alors elle se traduit par de l'ictère. Il ne s'agit plus alors d'un cancer de la vésicule à forme pseudo-lithiasique, mais de l'une des formes à apparition tardive que nous étudierons plus loin.

Le néoplasme vésiculaire peut donc se dissimuler sous les traits de n'importe quelle cholécystite lithiasique et lorsqu'on étudie les faits qui ont été publiés, on voit que de la cholécystite simple jusqu'à l'empyème, avec ou sans perforation de la vésicule, il n'y a pour ainsi dire aucune forme de cholécystite qui n'ait été simulée par le cancer, sans en excepter celle,

si curieuse, décrite par MM. Villard et Cotte, dans la « Revue de Chirurgie » de 1906, sous le nom d'*hydropisie intermittente de la vésicule*, et dont nous rapportons plus loin une observation empruntée au médecin hongrois Tanarky. Il en existe d'ailleurs d'autres semblables dans la littérature, mais nous ne pouvons pas, pour notre part, en apporter d'inédites.

Lorsque le cancer de la vésicule évolue avec des signes inflammatoires, il semble que, d'une façon générale, il ait une grande tendance à aller jusqu'à la suppuration. En effet, en clinique, il se montre le plus souvent sous la forme d'un empyème dont les caractères rappellent tout à fait ceux d'une cholécystite suppurée ordinaire. Kôrte a le premier insisté sur l'existence de ces faits. Quénu en a signalé la fréquence et il n'y a pour ainsi dire aucun chirurgien qui n'en ait observé. Les symptômes sont ceux de l'empyème chronique de la vésicule. Ils consistent surtout dans la coexistence de douleurs plus ou moins vives au niveau de la région vésiculaire avec un état infectieux plus ou moins prononcé. A l'examen, la vésicule distendue et enflammée se révèle sous forme d'une tumeur arrondie de consistance plus ou moins pâteuse et se mobilisant avec le foie dans les mouvements respiratoires. D'autres fois, il existe dans la région sous-hépatique un plastron très étendu qui masque complètement la nature des lésions sous-jacentes et indique seulement la présence certaine d'un foyer de suppuration. Les douleurs sont spontanées et la pression les exagère. Dans quelques cas appa-

raît une péricholécystite suppurée ou un phlegmon biliaire de la paroi abdominale. Parfois même, une péritonite suppurée par perforation constitue le premier et dernier épisode clinique d'un cancer de la vésicule demeuré jusque-là latent. (Voir plus loin l'observation 4 empruntée à Kümmel.)

Le cancer, tant qu'il est limité à la cavité vésiculaire, est donc une affection essentiellement polymorphe qui peut simuler tous les types de cholécystites lithiasiques. Il ne possède pas de signes particuliers permettant de l'individualiser cliniquement et, la plupart du temps, le diagnostic est le résultat d'une constatation opératoire ou anatomique. Nous verrons d'ailleurs que la plupart des autres formes ont, elles aussi, une symptomatologie très peu personnelle et ne permettant pas beaucoup plus souvent le diagnostic.

Pour étayer notre description, nous allons maintenant reproduire quelques observations.

OBSERVATION I

(Observation due à l'obligeance de notre Maître,
M. le Professeur Agrégé Savy, Médecin des Hôpitaux)

Diagnostic clinique. — Douleurs vésiculaires datant de trois ans, Grosse vésicule, probablement lithiasique.

Diagnostic opératoire. — Néoplasme vésiculaire déjà généralisé au foie.

Mme V... Henriette, 64 ans.

Entrée le 19 mars 1912, dans le service du Professeur Jules Courmont, suppléé pendant son absence par M. le Docteur Savy.

La malade souffre de la région vésiculaire depuis trois ans, date à laquelle serait apparue une tumeur dans l'hypochondre droit. Depuis quelque temps, cette tumeur s'est accrue et des troubles digestifs sont apparus : renvois acides, nausées, vomissements, coliques intestinales avec gargouillements.

En outre, l'état général a décliné rapidement, perte de l'appétit et des forces, pâleur, amaigrissement.

La douleur va en s'accroissant. Elle est maintenant continue et s'exaspère au moindre mouvement. Les coliques sont de plus en plus fréquentes et accompagnées d'envies impérieuses d'aller à la selle.

A l'examen : l'abdomen est métorisé. La palpation permet de reconnaître dans la moitié droite de l'abdomen l'existence d'une tumeur dure, lisse, très douloureuse spontanément et à la pression ; elle a une forme allongée dans le sens vertical, semble se continuer en haut avec le bord inférieur du foie et descend en bas jusque dans la fosse iliaque. Elle est mobile avec la respiration.

Le foie déborde les fausses côtes de trois travers de doigt.

La tumeur paraît très superficiellement située sous la paroi abdominale, néanmoins elle donne le contact lombaire par le palper bimanuel.

Lépreuve de Weber est négative

Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

Rien aux poumons.

Rien au cœur.

La malade passe dans le service du Docteur Villard, pour être opérée.

A la laparotomie, on tombe sur une énorme vésicule à parois épaisses, sclérosées, contenant des calculs cunéiformes. Bourgeons néoplastiques typiques ayant gagné le foie.

Néanmoins, on réussit à décoller la vésicule de la glande hépatique et on pratique une cholécystectomie.

Suites opératoires simples. La malade part améliorée.

Trois mois après, elle revient à l'hôpital et meurt.

Autopsie. — Foie pesant 2.050 grammes et envahi par un noyau cancéreux qui occupe la totalité du lobe droit. Pas d'autres généralisations.

OBSERVATION II

(Observation due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé
SANTY, chirurgien des hôpitaux.)

Diagnostic clinique et opératoire. — Cholécytite calculeuse
suppurée.

Diagnostic anatomique. — Néoplasme de la vésicule, pro-
pagé au foie.

Mme M..., 44 ans.

Entre à l'Hôtel-Dieu le 7 janvier 1910.

Elle vient consulter pour une affection abdominale dont le début remonte à cinq ou six ans. A ce moment-là, tout se bornait à une sensation de picotement au-dessous des fausses côtes droites, en même temps qu'apparaissait un léger ictère. La pression de la région hépatique était douloureuse. De plus, il y avait des troubles digestifs consistant en une sensation de pesanteur au creux épigastrique et de ballonnement.

Il y a trois ans, la région hépatique a commencé à se tuméfier et la douleur à la pression a augmenté. De temps en temps se produisait une douleur spontanée, accompagnée de quelques vomissements.

Il y a deux mois, une véritable colique hépatique est survenue, avec vomissements, ictère, selles décolorées. Cette crise dura quinze jours. Puis il s'en produisit une deuxième qui dura huit jours. Enfin, une troisième, survenue ces jours-ci, décida la malade à entrer à l'hôpital.

A l'examen. — Contracture des muscles abdominaux dans la région vésiculaire. Douleur à la pression. Dans la profondeur, on sent une masse à contours mal délimités et qui semble correspondre à la vésicule. Cette masse est douloureuse à la pression et empâtée, donnant l'impression qu'il existe une collection suppurée.

Etat général très mauvais, avec température à 38° et pouls à 150.

On décide d'intervenir en pensant qu'il s'agit d'une cholécystite suppurée.

Laparotomie. — On arrive sur le bord inférieur du foie, qui est œdématisé et pâle. Au-dessous, on tombe sur un bourgeon jaunâtre, purulent, qui n'est autre chose que le fond de la vésicule. Après l'avoir isolée par des compresses, on vide la poche par aspiration ; on retire ainsi un pus jaunâtre, fétide, mal lié.

En explorant au doigt la poche ainsi ouverte, on trouve, dans le fond, un noyau encastré dans la paroi vésiculaire. On le retire ; il s'agit d'un calcul mûriforme.

On draine et on referme.

Mort le 12 janvier.

Autopsie. — L'ouverture de cavité abdominale pratiquée en dehors de la région opératoire montre qu'il n'y a pas trace de péritonite généralisée. Après un examen minutieux des viscères, on reconnaît que la vésicule est atteinte de dégénérescence néoplasique. Elle adhère au colon transverse, qui communique avec elle par un orifice large de deux doigts, dans lequel se trouvait engagé le calcul retiré au cours de l'opération. Ainsi s'explique l'odeur fécaloïde du pus trouvé dans la vésicule pendant l'intervention.

L'incision du foie montre qu'immédiatement au contact de la paroi vésiculaire dégénérée, des noyaux néoplasiques de continuité se sont développés dans le parenchyme hépatique, qui est pâle, grisâtre, avec taches plus foncées, indiquant l'hépatite aiguë due à l'infection ascendante des voies biliaires.

Rien à l'estomac ni au duodénum.

Remarque.— Cette observation présente deux points particuliers :

1° Même après laparotomie, il a été impossible de se rendre compte que la vésicule était le siège d'un néoplasme.

2° La tumeur avait envahi le côlon descendant, organe qu'elle n'atteint pas fréquemment. Il est probable que si des phénomènes infectieux ne s'étaient

pas déclarés on aurait assisté sans tarder à la manifestation de symptômes intestinaux constituant la forme clinique relativement rare qu'on a décrite sous le nom de forme intestinale du cancer de la vésicule biliaire et sur laquelle nous reviendrons plus loin.

OBSERVATION III

(Observation due à l'obligeance de M. le Docteur WERTHEIMER, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine.)

Diagnostic clinique. — Cholécystite lithiasique, probablement suppurée.

Diagnostic opératoire. — Cancer de la vésicule, ayant envahi le foie.

Mme M..., 73 ans, entrée le 4 mai 1924, salle Lumière, dans le service de M. le Professeur BÉRARD.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires et collatéraux.

Antécédents personnels : Régée à 14 ans. Ménopause à 50 ans. Mariée, deux enfants bien portants, une fausse couche accidentelle.

Depuis deux mois, la malade présente des troubles digestifs vagues : sensation de barre épigastrique après les repas.

Ces troubles digestifs, apparus assez brusquement, sont allés en augmentant progressivement et les douleurs sont devenues très vives. En dehors des repas, la malade ne souffrait pas. Elle n'a jamais vomi.

La malade n'a jamais pris sa température chez elle. A l'entrée à l'hôpital, le thermomètre marque 39° le soir.

Jamais d'ictère.

L'examen de la région hépatique montre qu'il n'y a pas de contracture. On sent à la palpation le fond de la vésicule, qui descend à quatre travers de doigt au-dessous du rebord costal. Elle est peu mobile et légèrement douloureuse.

L'examen somatique ne révèle rien d'autre.

Intervention (Docteur Wertheimer). — Rachi-anesthésie. Laparotomie sous-costale droite. On tombe sur un foie volu-

mineux débordant nettement les fausses côtes. La vésicule est cachée par des adhérences épiploïques et colo-hépatiques. On arrive avec peine à libérer le fond de la vésicule, qui se rompt, donnant issue à une abondante quantité de pus, puis à plusieurs calculs à facettes, ainsi qu'à des débris sphacéliques.

On enlève la vésicule par cholécystectomie d'avant en arrière et on constate alors l'existence d'un prolongement abcédé intra-hépatique contenant du pus en abondance.

Tamponnement et drainage.

A l'intérieur de la pièce, bourgeonnement néoplasique dans tout l'intérieur de la vésicule.

En résumé, l'intervention a montré qu'il s'agissait d'un néoplasme vésiculaire ayant déjà poussé un prolongement intra-hépatique.

OBSERVATION IV

(KUMMEL, Observation 223, page 234.)

Lithiase biliaire. — Cancer de la vésicule perforée. — Laparotomie. — Mort.

Homme de 63 ans; souffre depuis des années de gastrite catarrhale avec diarrhée. Depuis quelque temps, cette dernière a fait place à de la constipation. Jamais de coliques hépatiques ou d'ictère. Amaigrissement.

A l'entrée : Depuis cinq jours, il n'y a eu ni selles ni gaz ; le ventre est ballonné, vomissements incessants.

A l'examen. — Homme très amaigri ; abdomen météorisé au maximum, douloureux à la pression dans toute son étendue, mais surtout du côté du côlon descendant. Vomissements fécaloïdes. La température est à 37°6, le pouls petit, irrégulier, compte 110.

Intervention. — Incision à gauche pour faire un anus contre nature si besoin est. Dès l'ouverture de l'abdomen, il s'écoule une grande quantité de liquide bilieux, qui remplit tout le ventre et paraît venir du foie, où l'on sent une tumeur,

Deuxième incision sur le bord externe du grand droit. On reconnaît l'existence d'une perforation de la vésicule biliaire qui est le siège d'un néoplasme. Cette perforation a entraîné une péronite généralisée. Drainage.

Mort quarante-huit heures après.

OBSERVATION V

(TANARKY. Deuxième Congrès de la *Société Hongroise de Chirurgie, Budapest, 29 mai 1908*)

Hydropisie intermittente de la vésicule. — Cancer.

Femme de 53 ans, journalière, ayant quatre enfants.

En 1905, pour la première fois, douleurs hépatiques.

En même temps, une tumeur apparut à l'hypochondre droit. Ces phénomènes durèrent peu de temps et bientôt, sans aucune cause apparente, la tumeur disparut ; les douleurs cessèrent également.

A l'automne suivant, la grosseur fit de nouveau son apparition.

Depuis cette époque, elle n'a jamais complètement disparu, mais elle a présenté de nombreuses alternatives d'affaïssement et de distension.

Les douleurs sont plus intenses, lorsque la malade se couche sur le côté gauche. Jamais d'ictère.

La persistance des phénomènes douloureux et l'existence d'une tumeur dans l'hypochondre amène la malade à l'hôpital le 9 juin 1907.

A l'entrée, on trouve dans l'hypochondre droit une tumeur piriforme, de la grosseur des deux poings, descendant un peu au-dessous de l'ombilic.

La palpation montre qu'elle a la consistance d'un kyste auquel on peut imprimer quelques déplacements.

Opération. — Anesthésie au chloroforme. Par une incision parallèle au rebord costal, on met facilement à découvert la tumeur, qu'on reconnaît être formée par la vésicule distendue.

Cholécystectomie sans aucune particularité méritant d'être signalée.

A l'examen de la pièce, on voit que la vésicule a une longueur de 20 centimètres. Ses parois sont épaissies ; elles renferment 200 cm^3 de sérosité claire, dans laquelle on trouve un calcul de la grosseur d'une noix et 79 petites pierres. En outre, on remarque, au niveau du col, une ulcération dont l'examen histologique démontre la nature cancéreuse.

Il s'agissait d'un épithélioma cylindrique tout à fait caractéristique.

Cancer de la vésicule à forme de tumeur vésiculaire bosselée.

Le type infectieux que nous venons de décrire, quoique de beaucoup le plus fréquent, surtout dans sa forme suppurée, n'est pas le seul type clinique du cancer de la vésicule non généralisé.

Encore prisonnier dans la vésicule, il peut manifester cependant sa présence par un signe physique important : l'apparition d'une tumeur dans l'hypocondre droit. Le siège de cette tumeur correspond assez exactement à l'emplacement de la vésicule; elle est située au-dessous des fausses-côtes droites, sur le bord du muscle grand droit.

Son volume varie de la grosseur d'une mandarine à celle d'une tête de fœtus. Elle s'abaisse avec les mouvements inspiratoires, mais assez modérément en général, car il existe la plupart du temps, un certain degré de réaction péritonéale de voisinage. L'auscul-

tation peut d'ailleurs faire entendre des froissements péritonéaux.

Cette tumeur est douloureuse à la pression, mate à la percussion, et cette matité continue celle du foie.

Elle est dure, mais ce qui la caractérise avant tout c'est qu'on sent à sa surface des irrégularités, des *bosselures*, signe à peu près pathognomonique de sa nature cancéreuse.

Il ne suffit pas en effet de percevoir une tumeur vésiculaire, même très dure, pour être autorisé à porter le diagnostic de cancer. Il faut que cette tumeur soit *bosselée*. Pour bien le montrer, il nous suffira de citer le cas que nous avons présent à la mémoire d'une malade observée dans le service de notre Maître, M. le Professeur Agrégé Savy, médecin des Hôpitaux.

Il s'agissait d'une malade, lithiasique ancienne, présentant dans l'hypochondre droit une tumeur piriforme très dure, mais lisse, modérément douloureuse.

Le foie ne débordait pas le rebord des fausses-côtes.

La tumeur nettement située dans la région vésiculaire était superficielle et très facile à palper parce que située sous une paroi mince et dépressible. Elle était très mobile avec les mouvements respiratoires et non réductible.

Néanmoins, malgré ces caractères, le médecin de la malade aurait pensé, disait-elle, à une tumeur rénale.

Tous ceux qui eurent l'occasion d'examiner cette malade dans le service firent sans peine le diagnostic

de grosse vésicule, d'autant plus que les antécédents lithiasiques étaient très nets.

Mais presque tous conclurent à la transformation cancéreuse en raison de la dureté de la tumeur.

M. le Professeur Savy, après un interrogatoire et un examen méthodiques, porta le diagnostic de cholécystite calculeuse simple avec vésicule bourrée de calculs et envoya la malade en chirurgie pour y être opérée.

L'intervention démontra qu'il n'y avait en effet pas trace de cancer.

La dureté de la tumeur vésiculaire ne constitue donc pas un élément de diagnostic suffisant. Certes, une vésicule dure et lisse peut être cancéreuse, mais en l'absence d'autres symptômes cliniques, rien ne permet de l'affirmer. Au contraire, les bosselures sont pour ainsi dire pathognomoniques, et ne se rencontrent pas au cours de la lithiase simple.

Nous sommes donc là en présence de la forme clinique du cancer vésiculaire la mieux individualisée.

Nous dirions même volontiers que c'est la seule où le diagnostic présente de la certitude.

Malheureusement, il s'agit là d'une forme rare; et en dépit de la facilité relative de son diagnostic, elle ne donne pas au clinicien toutes les satisfactions qu'il serait en droit d'attendre d'elle.

En effet, la tumeur se développe sournoisement, occasionnant seulement de la gêne et de la pesanteur plutôt qu'une véritable douleur; sans signes généraux ni signes fonctionnels. Néanmoins, elle gagne rapidement les organes voisins, surtout le foie; et il est rare

que la malade se présente assez tôt au chirurgien pour que l'opération ait des chances de succès. Presque toujours, il est trop tard; et la laparotomie montre que le processus néoplasique a diffusé. On se borne alors à refermer sans pouvoir tenter l'opération radicale. Les trois observations suivantes prouvent bien ce que nous venons d'avancer.

Elles sont dues à l'obligeance de M. le Docteur Aigrot, ancien interne des Hôpitaux de Lyon, actuellement chirurgien de l'Hôpital de Lons-le-Saulnier. Il les a recueillies au cours d'une pratique chirurgicale de deux années seulement.

OBSERVATION VI

(Due à l'obligeance de M. le Docteur AIGROT.)

Mme D..., 64 ans.

Cette malade est venue se faire examiner, il y a un an. On avait déjà constaté la présence d'une grosse vésicule à ce moment-là. On proposa l'intervention chirurgicale, mais la malade la refusa, sur les conseils de son médecin.

Elle revient parce qu'elle souffre de douleurs très vives dans la région hépatique.

A l'examen. — On constate qu'en un an la vésicule a triplé de volume. Lors du premier examen, elle était lisse, mais elle est devenue dure et *bosselée* ; signe qui fait porter le diagnostic de transformation néoplasique.

Le foie est perceptible et sur la constatation de ce signe, on craint une généralisation hépatique.

Néanmoins, on intervient le 10 janvier 1923.

Intervention. — Anesthésie à l'éther. Incision de Jalaguier.

On tombe sur une vésicule énorme, indurée, mais non adhérente aux organes voisins et encore extirpable. Mais le foie présente des noyaux néoplasiques et, dans ces conditions, on juge inutile de tenter l'exérèse.

Mort trois après, de cachexie cancéreuse.

OBSERVATION VII

(Observation due à l'obligeance de M. le Docteur AIGROT.)

Mme G..., 63 ans.

Souffre depuis très longtemps dans la région hépatique. La palpation permet de sentir, sous la paroi abdominale, une vésicule dure et *bosselée*.

Le foie n'est pas perçu.

On porte le diagnostic de cancer de la vésicule et on intervient le 4 juin 1923.

Intervention. — Anesthésie générale à l'éther. Incision de Mayo.

On tombe sur une vésicule néoplasique, bourrée de calculs, adhérente au colon, qui semble atteint en ce point de généralisation. Ligature du cystique et de l'artère cystique vers le bassin. Un drain, deux mèches. Mort un mois après, avec foie marronné.

OBSERVATION VIII

(Observation due à l'obligeance de M. le Docteur AIGROT.)

Mme B..., 68 ans.

Souffre de coliques hépatiques depuis très longtemps. On sent, sous la paroi une masse dure et *bosselée* au niveau de la région vésiculaire.

On porte le diagnostic de vésicule cancéreuse et on intervient le 2 juillet 1923.

Intervention. — Anesthésie générale à l'éther. Incision de Mayo.

Vésicule néoplasique. Noyaux hépatiques. Généralisation péritonéale ayant donné lieu à une ascite rosée. Fermeture.

Mort deux mois après.

Avant d'aborder l'étude des autres formes cliniques du cancer de la vésicule, nous voudrions montrer comment leur apparition s'explique logiquement par l'étude de l'anatomie pathologique de cette affection.

En effet, au cours des deux éventualités que nous venons d'envisager jusque-là, le cancer était encore enfermé dans la cavité vésiculaire.

Il s'agissait de formes de début.

Mais, si l'infection ou la cachexie n'emportent pas prématurément le malade, l'évolution anatomique a le temps de se faire et donne alors lieu aux formes suivantes qu'on peut considérer comme des complications du cancer de la vésicule.

La tumeur, au début centrale, progresse d'une manière excentrique, par continuité. L'extension se fait principalement au foie et aux voies biliaires excrétrices principales (canaux hépatique et cholédoque).

Ce fait explique bien pourquoi les anciens auteurs, observant le cancer de la vésicule presque uniquement aux autopsies et superposant les données anatomiques aux phénomènes observés pendant les derniers temps de la vie, avaient décrit seulement la forme hépatique et la forme biliaire; formes qui sont en réalité terminales.

Plus rarement, le cancer se propage par l'intermédiaire d'une péritonite adhésive aux organes contigus à la vésicule biliaire (pylore, duodénum, pancréas, côlon).

Les métastases à distance sont exceptionnelles. On observe cependant parfois des noyaux disséminés à la surface du péritoine. MM. Carnot et Baufle ont même signalé la généralisation exclusive à l'attache intestinale du mésentère sur toute la longueur du grêle. Les métastases pulmonaires et cérébrales ne s'observent pour ainsi dire jamais.

On s'est demandé si la nature ou le siège primitif du néoplasme jouaient un rôle dans l'apparition et la fréquence des différentes sortes de généralisations. Nous ne possédons que des données insuffisantes pour discuter ce point particulier. Cependant, pour Kehr, il y aurait entre le cancer du fond de la vésicule et celui du col les mêmes différences que celles existant au niveau de l'utérus. Le premier resterait beaucoup plus longtemps localisé et aurait une évolution beaucoup plus lente, tandis que le second aurait d'emblée des allures plus malignes.

Pour Clermont (thèse de Toulouse, 1909), le cancer du fond s'accompagnerait plus volontiers de généralisations hépatiques. Le cancer développé au niveau du col ne donnerait pas, du moins dans la première période de son évolution, des noyaux secondaires dans le foie.

Ces deux opinions diamétralement opposées prouvent que la question est encore pendante. Nous ne possédons pas les éléments nécessaires pour la trancher.

Nous allons maintenant aborder l'étude des formes : hépatique et avec ictère.

Forme hépatique du cancer de la vésicule biliaire.

La forme hépatique a été mise en évidence par Lancereaux dans les leçons qu'il fit en 1887 à la Pitié.

Dès cette époque, il décrivit d'une manière définitive les principaux caractères de cette forme clinique. Le début, comme dans les cas précédents, n'est marqué par aucun phénomène caractéristique. Souvent même, l'affection demeure latente pendant longtemps. Dans quelques cas, on a vu les malades jouir d'une bonne santé apparente jusqu'à quelques semaines avant leur mort.

La plupart du temps, cependant, par un interrogatoire minutieux, on arrive toujours à apprendre que, en dehors des crises lithiasiques franches ou larvées régulièrement relevées dans les antécédents, ils présentaient des malaises vagues depuis un certain temps : légères douleurs ou sensation de pesanteur dans l'hypochondre droit. On note aussi des troubles digestifs et de l'amaigrissement, de l'asthénie et de

la diminution de l'appétit. Cet état va en s'aggravant progressivement et finit par les inquiéter. Ils viennent enfin consulter.

L'examen physique révèle avant tout l'augmentation de volume du foie. Celui-ci déborde de plusieurs travers de doigt le rebord des fausses-côtes; parfois même, il descend jusqu'à la ligne ombilicale. Cette hypertrophie hépatique produit une sensation de gêne et une voussure qui attirent parfois l'attention du sujet lui-même.

Une palpation attentive montre que ce gros foie est lisse, d'une dureté ligneuse, son bord inférieur est tranchant. Il est peu ou pas mobile avec les mouvements respiratoires.

L'hépatomégalie progresse rapidement et si on prend des repères dermatographiques, il est parfois possible de voir le bord inférieur du foie s'abaisser de jour en jour. L'organe douloureux à la pression, le devient aussi spontanément. Cette douleur s'accroît peu à peu avec les progrès de la maladie et revêt un caractère lancinant qui nécessite l'administration des opiacés. Localisée à l'hypochondre droit et à l'épigastre, elle a rarement l'irradiation typique à l'épaule droite, contrairement aux douleurs ayant leur origine dans les voies biliaires.

Les troubles digestifs vont en s'accroissant et la cachexie s'installe rapidement.

Dans quelques cas, le néoplasme envahit le péritoine et provoque l'apparition d'une ascite plus ou moins abondante. Témoin le cas rapporté plus loin dans l'observation n° 10. Parfois l'ascite reconnaît un

autre mécanisme et est due à la compression de la veine porte par la tumeur.

Assez souvent, il existe un léger degré d'ictère, mais on n'observe jamais l'ictère foncé avec décoloration des matières, dû à une obstruction des voies biliaires et caractérisant la forme dite « avec ictère ».

Dans les cas que nous avons en vue pour le moment, l'ictère, dû à l'atteinte de la cellule hépatique, n'est jamais très intense. Presque toujours d'ailleurs, les malades succombent à la cachexie et à l'insuffisance hépatique avant que soient survenus l'ictère ou l'ascité. Ces deux symptômes sont donc relativement rares et sans grande importance.

Comme autres phénomènes surajoutés possibles, MM. Laignel-Lavastine et Millian ont rapporté une observation de cancer de la vésicule biliaire à forme hépatique avec apparition de signes addisoniens: pigmentation de la peau et des muqueuses, asthénie profonde. Cependant, les capsules surrénales étaient indemnes.

Pendant l'évolution de la maladie, on observe fréquemment des poussées thermiques irrégulières.

Nous avons vu plus haut que le foie était lisse à la palpation. Il en est généralement ainsi; mais quelquefois il est marronné. C'est que, au lieu de s'être effectué en bloc, l'envahissement néoplasique a donné lieu à la formation de nodules hépatiques. Il est d'ailleurs remarquable de constater que cette apparence nodulaire du foie envahi par le cancer vésiculaire, est une cause d'erreur. En effet, les nodules peuvent être simulés par une autre complication cancéreuse qui

est: l'envahissement prédominant des ganglions du foie. Le foie alors réellement gros et néoplasique est en réalité lisse, et l'apparence nodulaire est due à la présence des ganglions. Un bel exemple en est fourni par l'observation d'une malade de MM. Legry et Pollet, publiée dans le « Bulletin de la Société Anatomique »; nous reproduisons cette observations plus loin.

Dans d'autres cas, ces faux nodules toujours superposés à un gros foie néoplasique, sont simulés par l'envahissement du grand épiploon; témoin notre observation n° 10.

En terminant l'étude de cette forme clinique, nous ferons remarquer qu'il serait peut-être utile de discuter plus souvent qu'on ne le fait généralement, en présence d'un gros foie néoplasique, la possibilité du point de départ vésiculaire. En effet, le cancer avec gros foie lisse, encore appelé cancer massif du foie, est considéré comme toujours primitif, alors que la généralisation à point de départ vésiculaire peut le simuler parfaitement. Le cancer, dit nodulaire, est considéré comme secondaire à un néoplasme de la petite courbure, alors que parfois la présence d'antécédents lithiasiques nets pourrait permettre de soupçonner sa véritable origine.

Quoi qu'il en soit, le cancer de la vésicule à forme hépatique, décrit et étudié depuis longtemps, reste malgré tout, d'un diagnostic difficile, souvent même impossible.

Nous avons vu que le cancer à forme de cholécystite lithiasique se diagnostiquait généralement sur la

table d'opération; celui à forme de tumeur hépatique se diagnostiquera le plus souvent sur la table d'amphithéâtre. Le clinicien aura du moins dans ce dernier cas la consolation de penser que son diagnostic n'aurait pas eu de sanction thérapeutique.

OBSERVATION IX

(Observation due à l'obligeance de M. le Professeur SAVY, médecin des Hôpitaux)

Diagnostic clinique. — Néoplasme du foie, probablement secondaire à un néoplasme de la petite courbure.

Diagnostic anatomique. — Cancer de la vésicule, avec lithiase. Noyaux de généralisation hépatique.

Mme T..., 68 ans.

Entre à l'hôpital, salle Chavannes, le 22 janvier 1921, pour entérite.

Pas d'antécédents héréditaires ou collatéraux.

Mariée à 18 ans. Deux enfants vivants, en bonne santé.

Réglée à 12 ans, régulièrement, jusqu'à 49 ans.

Pas de maladies dans l'enfance. A 22 ans, fièvre typhoïde. Depuis, pas d'autres maladies, jusqu'à celle qui l'amène actuellement à l'hôpital.

Il y a trois mois, la malade remarqua qu'elle commençait à maigrir et qu'elle perdait ses forces. En même temps, débuta une diarrhée qui s'est accentuée au point d'obliger actuellement la malade à se présenter à la selle une dizaine de fois par jour. Selles jaunâtres et fétides, n'ayant jamais contenu de sang. Pas de coliques, pas de ténésme ni d'épreintes ; seulement un peu de douleur à la pression de l'abdomen. Depuis le début, cette diarrhée est constante et ne s'est pas modifiée dans ses caractères.

L'appétit est conservé mais, en raison de la diarrhée, la malade est obligée de restreindre son alimentation.

Pas d'autres troubles à signaler. Jamais de vomissements, ni d'hématèses, pas d'ictère.

A l'entrée, malade amaigrie, dyspnéique. Température 38°3 le matin.

La palpation de l'abdomen, un peu douloureuse, permet de sentir le foie au-dessous du bord costal. Il débordé de deux travers de doigt et son bord antérieur est *très irrégulier*.

La pression du point phrénique droit est douloureuse.

Pas d'ascite, ni d'œdème des membres inférieurs.

Le toucher vaginal et le toucher rectal sont négatifs.

Disque d'albumine dans les urines.

Weber négatif dans les selles.

En présence de ce tableau clinique, on porte le diagnostic de cancer du foie, probablement secondaire à un néoplasme de la petite courbure.

Décès le 14 mars.

Autopsie. — Foie marronné, pesant 1.400 grammes. A la coupe, noyaux néoplasiques multiples. Certains de ces noyaux sont ramollis au point de former des cavités remplies d'un liquide louche.

La vésicule biliaire se laisse cliver facilement. Elle est bosselée et dure. A la coupe, on constate qu'il s'agit d'une vésicule néoplasique bourrée de calculs. Le néoplasme se continue dans le foie.

OBSERVATION X

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé Savy, médecin des Hôpitaux.)

Diagnostic clinique. — Coliques hépatiques depuis plusieurs années. Actuellement, ascite chyliforme, symptomatique d'un néoplasme probablement vésiculaire ou gastrique.

Diagnostic anatomique. — Néoplasme vésiculaire. Lithiasie ancienne.

Mme B... Françoise, 62 ans.

Entre à l'Hôtel-Dieu le 26 mai 1911, dans le service de M. le Professeur Jules Courmont, suppléé en son absence par M. le Docteur Savy.

Pas d'antécédents héréditaires ou collatéraux.

Réglée à 15 ans, régulièrement, jusqu'à 45 ans. Ménopause sans incidents.

Mariée à 35 ans. Deux filles, l'une morte à 3 ans, de méningite, l'autre âgée de 23 ans, est en bonne santé.

Pas de spécificité ni d'éthylisme avoués.

Il y a vingt ans, crise de coliques hépatiques, diagnostiquée par un médecin. Pas d'irradiations douloureuses à l'épaule droite, ni d'ictère ; la température ne fut pas prise. Crises douloureuses semblables tous les mois, environ pendant plus de dix ans. Ensuite les crises s'espacèrent. La dernière a eu lieu en novembre dernier, c'est-à-dire il y a environ six mois.

Le début de l'affection actuelle est perdu au milieu de cette symptomatologie de coliques hépatiques répétées.

Au dire de la malade, c'est depuis le mois de janvier qu'il s'est produit un changement réel dans la situation.

Les troubles digestifs et une sensation de gêne douloureuse ont persisté après la crise et sont allés en s'accroissant progressivement. En même temps, anoxerie qui est arrivée actuellement au dégoût complet des aliments ; atteinte marquée de l'état général.

La douleur s'est accentuée ; elle irradie à l'épaule droite et aussi en ceinture à la région lombaire.

Enfin, des symptômes d'ascite, survenus en mars complètent le tableau clinique.

Jamais d'ématémèses ni de mélaena.

A l'entrée. — Malade très amaigrie, mais non cachectique.

Pas de teinte jaune paille, ni de coloration ictérique des téguments ou des conjonctives. Abdomen volumineux avec circulation complémentaire. Ascite modérée, mais rendant difficile l'exploration des organes abdominaux. Cependant, le foie est nettement perçu par le signe du glaçon. Sa matité commence en haut dans le cinquième espace intercostal et on perçoit son bord inférieur à trois travers de doigt au-dessous des fausses côtes. Il paraît dur, mais on ne peut pas se rendre compte si sa face antérieure est lisse ou marronnée.

La rate n'est pas perçue.

Cœur, pointe dans le cinquième espace, sur la ligne mamelonnaire. Bruits rapides, mais réguliers, sans souffles.

Poumons, rien à signaler. Pas de signes d'épanchement pleural.

Pas d'œdème des membres inférieurs.

Pied bot varus équin, compliqué d'atrophie musculaire et de parésie flasque des deux membres inférieurs.

Réflexes rotuliens et pupillaires normaux.

Il existe, dans la région dorsale supérieure, sur la ligne médiane, une tumeur lipomateuse de la grandeur d'une paume de main. Au cou, petit goître plongeant.

En résumé, cette malade présente un gros foie dur, avec ascite modérée et on note chez elle un passé lithiasique.

La présence de liquide dans la cavité abdominale empêche d'apprécier exactement la forme et la consistance du foie, ainsi que l'état de la rate. Néanmoins, en l'absence de toute étiologie éthylique ou spécifique, et en raison de l'âge avancé de la malade, on pense à un néoplasme hépatique, de provenance gastrique ou vésiculaire ; plutôt vésiculaire, en raison du passé lithiasique.

Le 31 mai, on pratique une paracentèse qui permet de retirer quatre litres de liquide chyliforme.

L'exploration rendue alors plus facile, décèle un gros foie, dur, irrégulier. La vésicule n'est pas perçue ni la rate.

Le diagnostic porté précédemment n'est pas infirmé par ces constatations. On se demande seulement quel est la signification de la nature chyliforme de l'ascite.

6 juin. — La malade passe dans le service de M. le Professeur Poncet.

Laparotomie exploratrice. La masse perçue à la palpation est en réalité le grand épiploon infiltré par la néoplasie, rétracté et adhérent au bord inférieur du foie, qui est très hypertrophié. La vésicule se cache dessous et est, de ce fait, inaccessible à l'exploration. L'estomac est normal.

26 juillet. — La malade meurt cachectique.

Autopsie. — Foie pesant 2.100 grammes, à surface irrégulière, dur à la coupe. Vésicule adhérente et rétractée. L'aspect extérieur de ces deux organes ne révèle aucune infiltration néoplasique. Mais une coupe les intéressant tous les deux montre à l'intérieur de la vésicule un calcul unique et un néoplasme ayant envahi le foie par contiguïté et ayant donné ainsi un seul noyau de généralisation.

OBSERVATION XI

(Observation communiquée par MM. LEGRY et POLLET à la
Société Anatomique, avril 1922.)

La malade dont nous avons l'honneur de rapporter l'observation clinique et anatomique était une femme de 64 ans.

Dans ses antécédents, tant héréditaires que personnels, rien de particulier à signaler. La malade déclarait toujours s'être bien portée, jusque vers le début de 1918.

A ce moment apparaît une anoxerie progressive, avec diarrhée assez abondante (quatre à cinq selles par jour), qui ne semble pas avoir eu de caractère particulier.

La malade a remarqué qu'elle avait parfois le teint jaune, mais n'accusait pas de douleurs autres que des phénomènes gastralgiques mal définis.

Elle n'a présenté alors ni vomissements, ni anorexie, ni amaigrissement. Elle ne s'est d'ailleurs pas alitée, mais un médecin consulté lui trouva un foie volumineux, dont le volume aurait assez souvent varié, au dire de la malade.

C'est seulement en novembre 1921 que sont apparues de violentes douleurs dans l'hypochondre droit et l'épigastre, douleurs irradiées à la racine des membres inférieurs et jamais à l'épaule droite. Ces douleurs sont subcontinues, sans paroxysmes nets. Il n'y a ni vomissements, ni hématomèses, ni diarrhée, ni mélaena, mais une anorexie de plus en plus marquée et un amaigrissement progressif.

Une radioscopie alors pratiquée donne le diagnostic radioscopique de : sténose pylorique, sans en préciser la nature.

La malade entre alors à la salle Piorry, le 24 février 1922.

A l'entrée. — Malade légèrement subictérique, anémiée, asthénique, amaigrie. Elle accuse des douleurs dans l'hypochondre droit, qui ont les mêmes caractères que précédemment.

La constipation est marquée, ne cédant qu'aux lavements.

Pas de mélaena, pas de vomissements. La température s'élève, à l'entrée et pendant deux jours, à 38°3 le matin, 38° le soir, mais cède rapidement ; ne présentant d'autres particularités qu'une inversion thermique d'ailleurs intermittente ou une tendance à la monothermie.

Le pouls est régulier, un peu rapide, en rapport avec la température.

Les urines sont normales : ni albumine, ni sucre, ni pigments biliaires.

L'examen physique révèle un foie volumineux, de limite supérieure normale, mais dont le bord inférieur, un peu mousse, déborde le rebord costal de cinq travers de doigt sur la ligne mamelonnaire et est sensible à la palpation.

On sent, groupés dans la région épigastrique seulement, des noyaux bosselés et douloureux que l'on attribue à un néoplasme nodulaire du foie.

L'abdomen est ballonné, mais sans ascite, ni circulation collatérale.

La rate n'est pas augmentée de volume.

Aux poumons, quelques râles conjonctifs à la base droite.

Cœur normal.

Réflexes pupillaires et tendineux normaux.

Un peu d'œdème malléolaire.

En résumé, le diagnostic clinique paraît s'imposer : néoplasme du foie à noyaux disséminés, secondaire à un cancer du pylore resté bien fruste cliniquement, mais qui semblait être la cause de l'image radioscopique de sténose pylorique.

L'évolution a d'ailleurs paru confirmer ce diagnostic.

Le subictère s'accroît, devient vers la mi-mars un véritable ictère par rétention, avec décoloration des matières, avec pigments et acides biliaires dans les urines.

Cet ictère a d'ailleurs des phases de rémissions et d'augmentations, sans être jamais très intense.

L'asthénie s'accroît, l'anoxerie est absolue. Les douleurs ne sont calmées que par la morphine.

Les bosselures, attribuées au foie, augmentent et sont maintenant visibles sous la peau.

La malade meurt dans un état subcomateux, le 26 mars.

Autopsie. — L'autopsie va révéler une intégrité presque absolue du foie. Celui-ci est un peu augmenté de volume, mais lisse, sans périhépatite, sans noyaux néoplasiques à la coupe, qui le montre seulement un peu gras et légèrement muscade. Mais, à sa face intérieure, adhère étroitement la vésicule biliaire non augmentée de volume et légèrement en re-

trait, ce qui explique qu'on ne pouvait la palper à l'examen clinique.

La coupe montre des parois notablement épaissies, blanchâtres, enserrant étroitement cinq calculs à facettes, noirs et durs, du volume d'une noisette à un pois; de telle sorte qu'au premier aspect, la coupe semblait être celle d'un noyau cancéreux hépatique volumineux, à centre hémorragique, d'autant plus que le foie est envahi à ce niveau par l'accroissement excentrique du cancer.

En outre, et débordant largement, le bord antéro-inférieur du foie, en lui adhérent, on trouve une masse du volume d'une grosse orange, bosselée et blanchâtre, représentant les ganglions du hile très hypertrophiés. Ce sont les bosselures de cette masse que l'examen clinique diagnostiquait cancer modulaire du foie, alors que celui-ci est indemne, au moins macroscopiquement, sauf dans la zone tout à fait juxta-vésiculaire.

La coupe de ce paquet ganglionnaire montre une masse compacte mastic, sans structure apparente.

Ce paquet comprime fortement le canal pylorique (rappelons que la radioscopie avait décelé une sténose pylorique), mais celui-ci, ainsi que l'estomac et le duodénum, est intact. Le reste de l'intestin également. Enfin, le paquet ganglionnaire hilaire comprime fortement la tête du pancréas, qui est aplatie, comme laminée.

Elle adhère à la masse, mais on peut arriver à cliver et à l'avoir macroscopiquement intacte.

Tous les autres organes sont intacts. Signalons seulement un peu de congestion œdémateuse de la base droite, sans altérations pleurales.

En résumé : Il s'agit d'un cancer de la vésicule biliaire secondaire à une lithiase fruste restée méconnue, et (fait assez particulier) s'accompagnant d'une très volumineuse adénopathie hilaire, dont les bosselures firent penser à un néoplasme nodulaire du foie. Etant donnée l'histoire clinique de la maladie, ce diagnostic nous semble plus probable que celui de cancer primitif de la vésicule ayant entraîné, par rétention biliaire, une lithiase secondaire.

Cancer de la vésicule biliaire à forme d'ictère par rétention.

Dans la forme biliaire un signe nouveau apparaît : l'ictère.

C'est uniquement la présence de ce signe qui a permis d'individualiser cette forme clinique. S'il se présente tout à fait au début de l'affection il revêt, pendant un certain temps tout au moins, les caractères de l'ictère infectieux bénin; mais s'il survient plus tard, alors que les douleurs et l'amaigrissement ont fait penser à une lésion organique grave, il revêt les caractères d'un ictère symptomatique de cette lésion inconnue, dont il n'apporte d'ailleurs pas la signature.

Une fois installé, il ne fait que gagner en intensité, soit de façon progressive, soit par une accentuation coïncidant avec des poussées douloureuses. Aussi, dans les observations, retrouve-t-on toujours, la description d'un ictère très intense. Les conjonctives, les lèvres, les téguments sont colorés; et leur teinte,

d'abord jaune safran, devient de plus en plus foncée et passe au vert olive. Les urines, de couleur acajou, présentent la réaction de Gmêlin et la réaction de Hay. Les matières fécales sont complètement décolorées, couleur mastic. Très souvent, les malades souffrent d'un prurit intense, qui ne leur laisse prendre aucun repos et accentue encore leur déchéance.

Bref, on a le tableau classique de l'ictère par rétention avec toutes ses conséquences.

On peut aussi, mais d'une façon inconstante, rencontrer dans cette forme la tumeur vésiculaire, soit lisse, soit bosselée. Mais par suite de l'hypertrophie hépatique due à l'engorgement biliaire, elle est située plus bas et ne répond plus au point cystique.

Dans le cas qui nous occupe, la question importante à élucider est la cause de la rétention biliaire; en d'autres termes, *se pose le diagnostic des ictères par rétention*. Il est ordinairement facile d'éliminer les ictères catarrhaux prolongés et les différentes hépatites chroniques infectieuses ou toxiques qui peuvent réaliser, comme l'ont démontré les travaux de M. Brulé, tous les caractères de l'ictère par rétention. La notion d'une infection ou d'une intoxication ayant précédé leur apparition, ainsi que l'évolution, permettent en général d'assigner une étiologie précise à ces ictères.

En pratique, le problème qui se pose est de savoir si l'obstacle au cours de la bile est : un calcul du cholédoque ou un néoplasme extrinsèque ou intrinsèque des voies biliaires.

Schématiquement : a) Dans la lithiase du cholédoque, il s'agit d'une femme jeune, à antécédents lithiasiques plus ou moins nets. L'ictère a un début variable, brusque ou progressif, il est peu foncé, s'accompagne de douleurs plus ou moins typiques, et surtout, signe fondamental, il est variable; car à certains moments, le spasme du canal qui enserre le calcul se détend un peu et laisse filtrer de la bile le long des parois. Cette variabilité de l'ictère peut n'être pas appréciable par la coloration des téguments. Elle est alors décelée par l'examen des fèces qui se recolorent légèrement.

L'examen physique révèle les points douloureux classiques de la lithiase; la vésicule est petite, le foie gros et sensible.

Les signes généraux possèdent une très grande valeur avec les accès fébriles irréguliers et l'amaigrissement modéré.

En somme, quatre signes importants caractérisent l'oblitération lithiasique du cholédoque : les antécédents lithiasiques, la vésicule rétractée, l'ictère variable, les accès fébriles.

b) Dans le cas de cancer du pancréas, il s'agit d'un homme âgé, ordinairement sans passé lithiasique. L'ictère a un début brusque, se fonce à l'extrême, sans rémissions, et sans douleurs dans les cas types. La vésicule est distendue mais élastique, parce que non sclérosée en l'absence d'inflammation antérieure (loi de Bard et Pic connue aussi sous le nom de loi de Courvoisier-Terrier).

L'amaigrissement et l'atteinte de l'état général sont marqués.

En somme ici : absence d'antécédents lithiasiques, ictère sans rémission, grosse vésicule, pas de température.

Mais la différence entre ces deux affections est loin d'être toujours aussi tranchée et ne permet pas toujours d'éliminer l'une ou l'autre.

Néanmoins, après avoir discuté leurs probabilités respectives, il faudra ensuite faire la part du cancer des voies biliaires et notamment penser au cancer de la vésicule ayant envahi les voies biliaires ou les comprimant soit directement, soit par l'intermédiaire de ganglions.

Mais le problème sera bien souvent insoluble et la confusion inévitable avec la lithiase du cholédoque ou le cancer de la tête du pancréas, surtout la lithiase du cholédoque.

En effet, dans cette forme clinique, le cancer de la vésicule ne possède aucun signe qui lui soit propre : antécédents lithiasiques, température, amaigrissement, ictère avec ou sans rémissions, etc... lui sont communs avec l'une ou l'autre des deux affections précédentes.

Parfois il apparaît de l'œdème des membres inférieurs; on pourrait être tenté de croire que cette circonstance va permettre de trancher le diagnostic en faveur du cancer. Nous nous hâtons de dire qu'il n'en est rien et qu'on peut voir apparaître de l'œdème des malléoles au cours d'ictères non néoplasiques. No-

tre Maître, M. le Professeur Agrégé Savy, en a observé plusieurs cas.

On voit donc que, presque toujours, dans le cancer de la vésicule avec ictère, le clinicien se bornera à porter le diagnostic d'ictère néoplasique sans pouvoir préjuger du siège exact de la néoplasie.

Il en a été ainsi pour les deux observations que nous allons rapporter maintenant.

OBSERVATION XII

(Observation due à l'obligeance de notre Maître, M. le Professeur agrégé Savy, médecin des Hôpitaux.)

Diagnostic clinique. — Ictère récent. Diarrhée profuse. Température subfébrile. Œdème léger des membres inférieurs. Néoplasme possible sur le trajet des voies biliaires.

Diagnostic anatomique. — Néoplasme de la vésicule biliaire.

Mme V..., âgée de 86 ans.

Entrée le 15 juillet 1921, salle Chavannes, dans le service de M. le Professeur agrégé Savy.

Elle entre pour faiblesse générale et amaigrissement.

Pas d'antécédents héréditaires ou collatéraux.

Jusqu'à ces derniers temps, la malade a toujours été en excellente santé et ne se souvient pas d'avoir eu une maladie quelconque dans tout le cours de sa longue existence.

Depuis trois mois environ, elle a perdu progressivement l'appétit et les forces et a maigri, sans qu'il y ait jamais eu aucune douleur.

Pas de vomissements, pas d'hématémèses.

A l'examen. — Malade très amaigrie, présentant une teinte subictérique des téguments et des conjonctives.

Température à 38°.

Abdomen souple, non douloureux.

Foie et rate non perçus. Aucune masse abdominale perceptible.

Rien aux poumons ni au cœur.

Réflexes rotuliens et pupillaires normaux.

Léger disque d'albumine dans les urines, pas de sucre.

En somme : en dehors de l'ictère, l'examen clinique est à peu près négatif.

On croit à la nature néoplasique de l'ictère, mais sans pouvoir préciser quel est l'organe atteint.

De la diarrhée apparaît. L'ictère va en s'accroissant jusqu'à la mort, qui se produit quinze jours après l'entrée.

Autopsie. — Symphyse pleurale gauche, très lâche.

Cœur très mou, sans lésions orificielles. Aorte athéromateuse. Le foie est très augmenté de volume, de teinte brun verdâtre. On sent, au-dessous de lui, dans la région des voies biliaires, deux masses dures.

Après éviscération et dissection, on se rend compte qu'une de ces masses est constituée par un néoplasme de la vésicule biliaire. Cet organe est ratatiné et d'une dureté ligneuse. *Il n'y a pas de calculs dans sa cavité.*

La deuxième petite masse est constituée par un noyau de généralisation à la tête du pancréas.

Rien à l'estomac, rien à l'intestin. Rate hypertrophiée.

En somme, néoplasme de la vésicule ayant comprimé les voies biliaires et envahi le pancréas.

OBSERVATION XIII

(Observation due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé Savy, médecin des Hôpitaux.)

Diagnostic clinique. — Ictère chronique de nature néoplasique probable. Sténose du pyllore.

Diagnostic anatomique. — Néoplasme de la vésicule, avec lithiase.

Me L... Marie, 67 ans.

Entrée le 11 novembre 1919, salle Chavannes, dans le service de M. le Professeur Savy.

Vient à l'hôpital pour ictère chronique.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires ou collatéraux.

Fièvre typhoïde à 17 ans, variole à 19 ans. Mari mort à 58 ans, de bacilliose pulmonaire. Pas d'enfants, pas de fausses couches.

Depuis cinq ou six mois, la malade a perdu ses forces et l'appétit a diminué progressivement. Dégoût électif pour la viande et les graisses.

Depuis trois mois, vomissements fréquents après les repas ; la malade aurait remarqué dans ses vomissements des aliments ingérés deux jours auparavant ; de plus, lorsqu'elle restait une journée sans vomir, le lendemain, les vomissements étaient plus abondants.

Jamais d'hématémèses, mais souvent du mélanée.

Il y a deux mois, est apparu un ictère, qui est allé en s'accroissant régulièrement et qui s'accompagne de prurit intense.

A l'entrée. — Malade très jaune, accusant une asthénie intense. Maigreur squelettique, contrastant avec l'état antérieur ; elle dit avoir pesé 100 kilos.

A l'examen. — Abdomen souple, peu douloureux. Le cæcum est bourré de scybales, ainsi que le côlon descendant et l'S iliaque. Au point vésiculaire et débordant les côtes de trois travers de doigt, on rencontre une masse arrondie du volume du poing, sensible à la pression.

Pas d'ascite, pas d'œdème des membres inférieurs.

Disque d'albumine dans les urines.

Matières fécales complètement décolorées. Weber négatif.

Réflexes rotuliens abolis des deux côtés.

Réflexes pupillaires normaux.

Le 15 novembre, au matin, on constate du clapotage, à jeun. Après le repas, on ne voit pas d'ondes péristaltiques.

Le 16 novembre, vomissements noirs, mélaena massif.

L'état général décline rapidement et la malade meurt le 18 novembre, une semaine après son entrée.

Autopsie. — Pas d'ascite. L'angle droit du colon est fixé par une adhérence à une masse englobant la vésicule et la région duodéno-pylorique. Le tout est attiré sous les fausses côtes.

Le foie est légèrement diminué de volume. La vésicule est farcie de petits calculs blancs, plus ou moins arrondis, comparables à des grains de maïs. Il est impossible de la disséquer, car elle fait partie d'une masse dure qui englobe la région juxta-pylorique du duodénum. Il s'agit de tissu néoplasique à point de départ vésiculaire, et ayant pénétré de quatre à cinq centimètres dans la profondeur de la substance hépatique.

Le cholédoque est inclus dans la masse néoplasique et il est impossible de découvrir son orifice.

L'estomac ne présente pas de lésion d'aucune sorte. La tumeur comprimait le pylore.

Autres formes cliniques du cancer de la vésicule.

Nous avons maintenant décrit les quatre formes cliniques les plus fréquentes et les mieux individualisées du cancer de la vésicule.

Néanmoins, il faut reconnaître qu'elles ne sont pas les seules et que, notamment si la tumeur envahit ou comprime le côlon ou la région pyloro-duodénale, des signes nouveaux feront leur apparition. S'ils sont suffisamment prépondérants pour occuper le premier plan de la scène clinique, ils donneront lieu à la forme pseudo-intestinale dans le premier cas, et dans le second, à la forme pseudo-pylorique.

a) *Forme pseudo-pylorique.* — Elle est généralement due à la compression et non à l'envahissement du pylore. Les symptômes en sont ceux de tout syndrome pylorique quelle qu'en soit l'origine: vomissements dans lesquels il est parfois possible de reconnaître des aliments ingérés la veille, ondes péri-

staltiques après les repas, clapotage à jeûn, retard d'évacuation à la radioscopie.

Il est à remarquer que l'apparition d'un ictère au cours de ce syndrome n'a pas une très grande valeur pour orienter le diagnostic, car on sait que ce symptôme peut survenir dans le cancer du pylore lui-même.

Mais il est rare que les signes de sténose pylorique soient isolés et assez importants pour retenir toute l'attention du clinicien et l'obliger à penser à une affection gastrique ou duodénale. Ils se présentent en général comme des épiphénomènes; c'était d'ailleurs le cas dans nos observations n° 11 et n° 13.

b) Forme pseudo-intestinale. — Elle peut se traduire par une constipation opiniâtre à laquelle succède de l'occlusion véritable avec arrêt complet des matières et des gaz. Souvent aussi l'occlusion se produit d'emblée, sans signes prémonitoires. Cette éventualité semble même devoir être la plus fréquente, à l'exemple de ce qui se passe dans le cancer primitif du côlon qui, on le sait, reste souvent latent jusqu'au jour où il se révèle par une occlusion complète d'emblée.

Dans le cas qui nous occupe, il est la plupart du temps impossible de déterminer cliniquement la cause de cette occlusion intestinale. L'état grave des malades ne permet pas de s'attarder à un interrogatoire minutieux et réclame l'intervention chirurgicale immédiate.

L'observation que nous allons maintenant reproduire en est la meilleure preuve.

OBSERVATION XIV

(Observation due à l'obligeance de M. le Docteur AIGROT.)

Diagnostic clinique. — Occlusion et anurie.

Diagnostic chirurgical. — Cancer de la vésicule, avec envahissement du côlon.

Mme M... Emilie, 38 ans.

Entre le 3 octobre 1922, pour occlusion intestinale et anurie. Depuis douze jours, elle urine un verre par jour.

Depuis la même époque, douleurs abdominales intenses, vomissements, diarrhée. Ces symptômes sont allés en s'aggravant progressivement.

A l'examen de l'abdomen, on constate l'existence d'ondes péristaltiques très nettes sous la paroi et ce signe permet de porter le diagnostic d'occlusion intestinale, malgré l'existence de la diarrhée.

A la palpation, on sent, à droite, sous le foie, une masse de la grosseur du poing, qui est mobile avec la respiration. Il s'agit probablement d'une grosse vésicule tellement elle est antérieure et aussi en raison du passé lithiasique accusé par la malade.

Intervention chirurgicale d'urgence, le jour même. Anesthésie générale à l'éther. Laparotomie.

On tombe sur un cancer de la vésicule, énorme et ayant envahi le côlon transverse, ce qui explique l'occlusion. La diarrhée est due à ce fait qu'il existe une fistule faisant communiquer le côlon avec la vésicule dans la région du canal cystique.

Enormes paquets ganglionnaires paravertébraux.

Le cæcum et le côlon ascendant sont très dilatés.

Le foie n'est pas envahi.

On pratique une anastomose colo-colique, pour lutter contre l'occlusion.

Les vomissements cessent le lendemain, mais la quantité d'urine ne s'accroît pas.

Mort à la troisième semaine, avec phénomènes d'urémie.

Cette observation est suffisamment éloquente par elle-même pour se passer de tout commentaire. Nous ferons simplement remarquer qu'il existait de l'anurie, phénomène que nous ne tenterons pas d'expliquer en l'absence de vérification anatomique. Nous ne pourrions faire à ce sujet que des hypothèses dénuées de tout fondement.

Remarques.

Par un rapide coup d'œil en arrière, il nous est possible de tirer quelques enseignements de cette modeste étude.

En récapitulant les observations, nous voyons que dans tous nos cas, sauf un (Observation n° 12), la lithiase était associée au cancer. Comme corollaire logique, toutes nos observations ont trait à des malades du sexe féminin.

Il est remarquable de constater que les deux premières formes cliniques (forme pseudo-lithiasique et forme de tumeur vésiculaire bosselée) sont vues la plupart du temps par des chirurgiens; les observations s'y rapportant proviennent toutes, sauf une, de services de chirurgie. Au contraire, les formes les plus anciennement individualisées (forme hépatique et forme avec ictère) sont vues par des médecins et toutes nos observations proviennent d'un service de médecine (service du Professeur Savy).

Un autre fait nous a frappé. C'est l'âge avancé des malades atteintes du cancer de la vésicule. Elles ont, pour la plupart, dépassé la soixantaine

En ce qui concerne la possibilité du diagnostic, si nous mettons à part les cas où existait une tumeur vésiculaire bosselée, il n'a jamais été fait cliniquement ; il a été seulement soupçonné une fois (observation n° 10). Donc, contrairement à ce qu'ont écrit la plupart des auteurs sur la possibilité de diagnostiquer la plupart du temps le cancer de la vésicule biliaire, nous nous voyons obligé par les faits de porter des conclusions diamétralement opposées.

Conclusions.

I. — Le diagnostic du cancer de la vésicule comporte de réelles difficultés; sauf dans la forme (d'ailleurs exceptionnelle) de grosse vésicule dure et bosselée.

II. — Une première cause d'erreur tient à l'association à peu près constante de la lithiase et du cancer. La symptomatologie prédominante de la première affection et sa fréquence ne laissent pas en général soupçonner l'existence du néoplasme et on porte habituellement le diagnostic de cholécystite chronique calculeuse, simple ou suppurée.

III. — La seconde cause d'erreur résulte de l'extension du processus néoplasique vésiculaire à la glande hépatique. L'aspect nettement cancéreux du foie implique avant tout l'idée de généralisation d'un néoplasme gastrique latent, à moins qu'il n'y ait eu des symptômes vésiculaires nets auparavant.

IV. — Une troisième cause d'erreur tient à l'apparition d'un ictère chronique par rétention qui, s'il y a des antécédents lithiasiques, fait penser à l'oblitération calculeuse du cholédoque, et, en l'absence d'antécédents, au néoplasme de la tête du pancréas.

V. — Deux signes conservent néanmoins une valeur pour le diagnostic. Ce sont : a) la douleur vésiculaire persistant continuellement dans l'intervalle des poussées inflammatoires; b) l'atteinte de l'état général hors de proportion avec l'intensité des phénomènes douloureux et infectieux.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
J. PAVIOT

Vu :
LE DOYEN,
JEAN LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :
Lyon, le 5 Juin 1924
LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
CAVALIER.

Index bibliographique.

- BÉRARD. — Cancer de la vésicule biliaire, avec fièvre simulant une cholécystite aiguë, fistule cholécystocolique, contenant un gros calcul enclavé; propagation directe du néoplasme au foie et gros noyau hépatique à distance. *Lyon Médical*, 1910, pages 1199-1201.
- CHAUFFARD. — Lithiase biliaire, deuxième édition, 1922.
- CLERMONT. — Formes cliniques et diagnostic du cancer de la vésicule biliaire. *Arch. Méd. de Toulouse*, XVII, 1910, pages 73 et 97.
- COTTE. — Traitement chirurgical de la lithiase biliaire et de ses complications. *Thèse de Lyon*, 1908.
- Formes cliniques et traitement du cancer de la vésicule biliaire. *Journal Médical Français* du 15 avril 1913.
- GUYOT (E.). — Contribution à l'étude clinique de quelques formes de cancer de la vésicule biliaire. *Thèse de Lyon*, 1911.
- LAIGNEL-LAVASTINE. — Cancer primitif de la vésicule biliaire chez une ancienne lithiasique biliaire ; pigmentation cutanée ; ganglions semi-lunaires normaux. *Bulletin de la Société Anatomique de Paris*, 1903.

LEGRY et POLLET. — *Bulletin de la Société Anatomique de Paris*, 1^{er} avril 1922.

POLLET (L.). — Le cancer primitif de la vésicule biliaire. *Gazette des Hôpitaux*, 22 juillet 1922.

VEAUX (R.). — Contribution à l'étude du cancer de la vésicule biliaire. *Thèse de Paris*, 1922.

Table des Matières

Introduction.....	7
Cancer de la vésicule à forme de cholécystite lithiasique.....	11
Cancer de la vésicule à forme de tumeur vésicu- culaire bosselée.....	25
Forme hépatique du cancer de la vésicule biliaire	33
Cancer de la vésicule biliaire à forme d'ictère par rétention.....	45
Autres formes cliniques du cancer de la vésicule.	53
Remarques.....	57
Conclusions.....	59
Index bibliographique.....	61
